

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 4178/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 31 tháng 10 năm 2007

QUYẾT ĐỊNH

VỀ VIỆC BAN HÀNH “HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TẢ”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/05/2003 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp Hội đồng chuyên môn nghiệm thu “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tả”- Bộ Y tế ngày 31/10/2007;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Điều trị- Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tả”.

Điều 2. “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tả” áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà nước, bán công và tư nhân trong toàn quốc.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng; Chánh Thanh tra; Vụ trưởng Vụ Điều trị và Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng y tế các ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TẢ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4178/QĐ-BYT ngày 31 tháng 10 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Bệnh tả (cholerae) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch đường tiêu hoá do phẩy khuẩn tả *Vibrio cholerae* gây ra. Biểu hiện chủ yếu bằng nôn và tiêu chảy với số lượng lớn dẫn đến mất nước và điện giải trầm trọng, gây sốc nặng. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

Trước đây bệnh tả đã gây những đại dịch lớn, gây tử vong hàng triệu người. Hiện nay, bệnh tả đã được khống chế ở nhiều nơi nhưng vẫn còn xảy ra dịch ở các nước châu Phi và một số nước châu Á. Ở Việt Nam bệnh tả vẫn còn xảy ra những trường hợp tản phát, thường vào mùa hè ở các tỉnh ven biển.

I. CĂN NGUYÊN

- *Vibrio cholerae* là vi khuẩn cong hình dấu phẩy, Gram âm, di động nhanh nhờ có một lông, có khả năng tồn tại trong nước và thức ăn khoảng một tuần. Vi khuẩn có thể tồn tại nhiều năm trong các động vật thân mềm ở vùng ven biển. Vi khuẩn tả dễ bị tiêu diệt bởi nhiệt độ và các chất diệt khuẩn thông thường. Vi khuẩn tả rất dễ mọc trong môi trường pepton kiềm mặn.

- Nhóm huyết thanh O1 của *V. cholerae* hay gây bệnh nhất, bao gồm hai sinh týp (biovar) là *V. cholerae* biovar cholerae và *V. cholerae* biovar El Tor; *V. cholerae* sinh ra ngoại độc tố ruột LT (thermolabile toxin); độc tố ruột gắn vào niêm mạc ruột non, hoạt hoá enzyme adenylcyclase dẫn đến tăng AMP vòng, làm giảm hấp thu Na^+ , tăng tiết Cl^- và nước gây tiêu chảy cấp tính. Ngoài ra, *V. cholerae* O139 được phát hiện vào năm 1993 ở Ấn Độ và đã gây ra nhiều vụ dịch tả ở Banglades, Campuchia... trong những năm gần đây.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a) Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: Từ vài giờ đến 5 ngày.

- Thời kỳ khởi phát: Biểu hiện bằng sôi bụng, đầy bụng, tiêu chảy vài lần.

- Thời kỳ toàn phát:

+ Tiêu chảy liên tục rất nhiều lần với khối lượng lớn, có khi hàng chục lít một ngày. Phân tả điển hình toàn nước, màu trắng lơ lửng như nước vo gạo, không có nhầy máu.

+ Nôn, bệnh nhân nôn rất dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau toàn nước.

+ Bệnh nhân thường không sốt, ít khi đau bụng.

+ Tình trạng mất nước và điện giải gây mệt mỏi, chuột rút...

Bảng 1. Các mức độ mất nước

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	< 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu
Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mất	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên

- Thời kỳ hồi phục: Bệnh diễn biến từ 1-3 ngày nếu được bù đủ nước và điều trị kháng sinh.

b) Cận lâm sàng:

- Soi phân: Giúp chẩn đoán nhanh. Có thể soi phân dưới kính hiển vi nền đen sẽ thấy phẩy khuẩn tả di động mạnh. Nhuộm Gram thấy hình ảnh phẩy khuẩn không bắt màu Gram.

- Cây phân:

+ Phải lấy phân sớm khi xuất hiện tiêu chảy lần đầu tiên và trước khi điều trị.

+ Nên dùng ống thông lấy phân qua hậu môn tốt hơn. Trường hợp phải gửi bệnh phẩm đi xa để làm xét nghiệm cần phải cho phân vào môi trường Cary-Blair để chuyên chở.

+ Cây phân vào môi trường chuyên biệt. Phẩy khuẩn tả mọc rất nhanh và có thể xác định sau 24 giờ.

- Kỹ thuật PCR tìm gen CTX: giúp chẩn đoán nhanh (nếu có điều kiện).

- Tình trạng cô đặc máu: Hematocrit tăng.

- Tình trạng rối loạn điện giải: Giảm kali, giảm bicarbonat, thậm chí pH thấp.

- Suy thận: urê và creatinin máu tăng trong những trường hợp nặng.

c) Dịch tễ học:

- Cư trú tại vùng dịch tễ lưu hành hoặc đang có dịch tả.

- Tiếp xúc với người bị tả hoặc tiêu chảy mà chưa xác định được nguyên nhân.

- Ăn uống thực phẩm chưa nấu chín bị ô nhiễm như hải sản sống, mắm tôm sống...

CHÚ Ý: Trong vụ dịch, chẩn đoán trường hợp bệnh dựa chủ yếu vào các biểu hiện lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

a) Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do Salmonella:

- Sau ăn thức ăn nhiễm khuẩn 12-14 giờ, sốt cao, đau bụng tiêu chảy và nôn có thể gây mất nước, phân có thể nước hoặc nước máu.

b) Lý trực khuẩn:

- Sốt, đau quặn bụng, mót rặn và phân có máu mũi.

c) Escherichia coli gây bệnh:

- Các chủng nhóm huyết thanh O124, O136, O144 gây tiêu chảy và nôn do độc tố ruột.

d) Do độc tố của tụ cầu:

- Ủ bệnh ngắn trong vài giờ sau khi ăn. Bệnh cấp tính như đau bụng dữ dội kiểu viêm dạ dày ruột cấp, nôn và tiêu chảy phân lỏng. Bệnh nhân không sốt và có khuynh hướng truy mạch.

e) Do ăn phải nấm độc:

- Không sốt, đau bụng nhiều, nôn và tiêu chảy sau khi ăn phải nấm độc. Trường hợp nặng có thể gây nôn ra máu, đi ngoài ra máu, vàng da và mê sảng. Cần hỏi kỹ tiền sử ăn uống.

g) Tiêu chảy do ngộ độc hoá chất:

- Do ăn thức ăn có nhiễm hoá chất như hoá chất bảo vệ thực vật.

3. Thể lâm sàng:

a) Thể không triệu chứng

b) Thể nhẹ

- Giống như tiêu chảy thường.

c) Thể điển hình

- Diễn biến cấp tính như đã mô tả ở trên.

d) Thể tối cấp

- Bệnh diễn biến nhanh chóng, mỗi lần tiêu chảy mất rất nhiều nước, vô niệu, toàn thân suy kiệt nhanh chóng sau vài giờ và tử vong do truy mạch.

e) Bệnh tả ở trẻ em

- Gặp phổ biến thể nhẹ giống như tiêu chảy thường. Ở trẻ lớn tiêu chảy và nôn giống như người lớn, thường có sốt nhẹ.

g) Tả ở người già

- Hay gặp biến chứng suy thận mặc dù đã được bù dịch đầy đủ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cách ly bệnh nhân.

- Bồi phụ nước và điện giải nhanh chóng và đầy đủ.

- Dùng kháng sinh để diệt vi khuẩn.

2. Điều trị cụ thể

a) Bồi phụ nước và điện giải

- Bù nước bằng đường uống: Áp dụng cho những trường hợp nhẹ, giai đoạn đầu chưa mất nước nhiều và giai đoạn hồi phục. Có thể áp dụng tại nhà hoặc ở các cơ sở y tế.

+ Các loại dịch dùng đường uống: Oresol (ORS) (gồm NaCl 3,5g, NaHCO₃ 2,5g, KCl 1,5g và glucose 20g) pha với một lít nước đun sôi để nguội.

Có thể pha dịch thay thế: 8 thìa nhỏ (thìa cà-phê) đường, 1 thìa nhỏ muối pha trong 1 lít nước; hoặc nước cháo 50g gạo và một nhúm (3,5g) muối hoặc nước dừa non có pha một nhúm muối.

+ Nên cho uống theo nhu cầu. Nếu nôn nhiều nên uống từng ngụm nhỏ.

- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch:

+ Tổng lượng dịch truyền trong ngày:

Tổng lượng dịch truyền trong ngày = A + B + M

Trong đó:

A: Lượng dịch mất trước khi đến viện (theo mức độ mất nước).

B: Lượng phân và chất nôn mất tiếp khi nằm viện.

M: Lượng nước duy trì trong ngày.

+ Các loại dịch truyền:

Natri clorid 0,9% hoặc Ringer lactat (4 phần)

Natri bicarbonat 1,4% (1 phần)

Glucose 5% (1 phần)

+ Bỏ sung thêm kali clorid (KCl): mỗi 1 lít dịch truyền pha thêm 1g KCl. Khi bệnh nhân uống được thay bằng đường uống.

- Cách thức truyền dịch:

+ Giai đoạn 1: Từ 4-6 giờ đầu bù nước và điện giải đã mất trước khi đến bệnh viện, dựa vào mức độ mất nước.

+ Giai đoạn 2: Bù nước và điện giải đã mất trong khi nằm viện và lượng dịch duy trì.

+ Cần phải truyền nhanh bằng nhiều tĩnh mạch lớn hoặc truyền vào tĩnh mạch trung tâm.

+ Cần theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, hematocrit, áp lực tĩnh mạch trung tâm (nếu có điều kiện) để điều chỉnh tốc độ truyền dịch cho thích hợp. Những trường hợp nặng cần theo dõi điện giải đồ để điều chỉnh cho phù hợp.

+ Khi hết nôn và uống được thì dùng dung dịch uống.

b) Điều trị kháng sinh

- Thuốc được dùng ưu tiên:

+ Nhóm fluoroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, Norfloxacin 800mg/ngày, Ofloxacin 400mg/ngày) uống chia hai lần/ngày, trong 3 ngày (Không dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú. Thận trọng khi dùng cho trẻ từ 12 đến 18 tuổi).

+ Azithromycin 10 mg/kg/ngày uống trong 3 ngày.

+ Cloramphenicol 30 mg/kg/ngày uống chia 3 lần, dùng trong 3 ngày.

- Đối với trẻ em < 12 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú: Dùng azithromycin.

- Nếu không có sẵn các thuốc trên có thể dùng:

+ Erythromycin 1g/ngày uống chia 4 lần/ngày (trẻ em 40 mg/kg/ngày), dùng trong 3 ngày; hoặc

+ Doxycyclin 300 mg uống 1 liều (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm).

CHÚ Ý: Không được dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như morphin, opizoic, atropin, loperamide...

c) Dinh dưỡng

- Nên cho bệnh nhân ăn sớm, ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu. Trẻ còn bú tăng cường bà mẹ.

3. Phân loại bệnh nhân để điều trị

- Căn cứ vào lâm sàng có thể xếp thành 4 loại để xử trí.

Bảng 2. Bảng phân loại bệnh nhân để điều trị

Loại	Các triệu chứng chính	Nơi điều trị	Phương pháp điều trị
I	- Tiêu chảy vài lần, phân ít, nhão - Không nôn - Mạch, huyết áp bình thường, chưa có dấu hiệu mất nước	Tại tuyến cơ sở (xã, phường hoặc tại nhà)	- Uống kháng sinh - Uống dung dịch Oresol
II	- Tiêu chảy nhiều nhưng tự chủ được - Không nôn tự nhiên - Mất nước nhẹ - Mạch, huyết áp bình thường	Tại trạm y tế xã, phường hoặc trung tâm y tế quận/huyện	- Uống kháng sinh - Uống dung dịch Oresol - Truyền dịch
III	- Tiêu chảy nhiều - Nôn dễ dàng - Có triệu chứng mất nước trung bình - Huyết áp hơi hạ - Mạch nhanh, yếu - Mệt lả	Tại trung tâm y tế quận/huyện hoặc tuyến tỉnh. Nếu tại trạm y tế xã cần có sự hỗ trợ của bác sỹ và điều dưỡng tuyến trên	- Truyền dịch là chính. Nếu mạch và huyết áp trở về bình thường, bài niệu tốt, còn tiêu chảy nhẹ cần duy trì bằng dung dịch uống (ORS) - Uống kháng sinh
IV	- Tiêu chảy và nôn nhiều gây nên mất nước nặng, thiếu niệu hoặc vô niệu - Truy mạch: Huyết áp không đo được, mạch nhỏ khó bắt	Bệnh viện tuyến tỉnh hoặc trung ương. Có thể điều trị tại tuyến huyện nhưng cần có bác sỹ tuyến tỉnh hỗ trợ	- Truyền dịch với tốc độ nhanh - Theo dõi mạch, huyết áp, lượng nước tiểu, áp lực tĩnh mạch trung tâm - Uống kháng sinh

- Khi có dịch tả xảy ra, số lượng bệnh nhân đông, việc phân loại bệnh nhân để có thái độ xử trí đúng đắn sẽ làm giảm được tổn phí và hạ được tỷ lệ tử vong.

- Trường hợp bệnh tả nặng, mạch huyết áp không đo được phải cấp cứu tại chỗ (tuyến xã, tuyến huyện). Nếu trong tình trạng này mà vận chuyển lên bệnh viện tuyến trên quá xa thì tiên lượng càng nặng thêm. Do đó khi có dịch tả xảy ra tại cơ sở nên tổ chức cấp cứu tại chỗ, cần tăng cường bác sỹ và điều dưỡng tuyến trên hỗ trợ, chuẩn bị đầy đủ thuốc men, dịch truyền, dây truyền...

4. Tiêu chuẩn ra viện:

- Hết tiêu chảy.
- Tình trạng lâm sàng ổn định.
- Kết quả xét nghiệm cấy phân âm tính 3 lần liên tiếp. Ở những cơ sở không có điều kiện cấy phân thì cho bệnh nhân ra viện sau khi ổn định về mặt lâm sàng được 1 tuần.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Các biện pháp khi có dịch

- Khi có bệnh nhân tả phải thông báo dịch cho y tế cấp trên và hệ y học dự phòng.
- Thực hiện nghiêm ngặt các biện pháp cách ly bệnh nhân ở buồng riêng theo đường tiếp xúc.
- Xử lý phân và chất thải bằng cloramin B 10% tỷ lệ 1:1 hoặc vôi bột.
- Khử khuẩn quần áo, chăn màn, dụng cụ của bệnh nhân, phương tiện chuyên chở bệnh nhân bằng dung dịch cloramin B 1-2%, nước Javen 1-2% hoặc nước sôi.
- Ngâm tay bằng dung dịch cloramin B, hoặc rửa tay bằng các dung dịch khử khuẩn sau khi thăm khám, chăm sóc bệnh nhân.
- Vệ sinh buồng bệnh ít nhất 2 lần/ngày bằng các dung dịch cloramin B, nước Javen 1-2% hoặc các chế phẩm khử khuẩn khác.
- Các chất thải phát sinh trong buồng cách ly phải được thu gom, xử lý như chất thải y tế lây nhiễm.
- Tủ thi phải được liệm trong quan tài có vôi bột, bọc thi thể bằng vải không thấm nước và phải được chôn sâu 2m, hoặc hoá thiêu. Phương tiện chuyên chở tử thi phải được khử khuẩn.
- Điều trị dự phòng cho những người tiếp xúc trực tiếp không áp dụng các biện pháp phòng hộ với bệnh nhân bằng các kháng sinh được chỉ định để điều trị với liều duy nhất (riêng azithromycin 20mg/kg).
- Cơ quan y tế dự phòng tiến hành điều tra, xử lý ổ dịch.
- Hạn chế đi lại, giao lưu hàng hoá.

2. Các biện pháp dự phòng chung

- Vệ sinh môi trường, đảm bảo cung cấp nước sạch.
- Vệ sinh thực phẩm: Ăn chín, uống sôi, kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm, nước đá, nước giải khát. Không nên ăn các hải sản tươi sống, mắm tôm sống vì nguồn bệnh có thể ở trong đó và lây bệnh.
- Sử dụng vắc-xin tả uống cho những vùng có nguy cơ dịch theo chỉ đạo của cơ quan y tế dự phòng./.